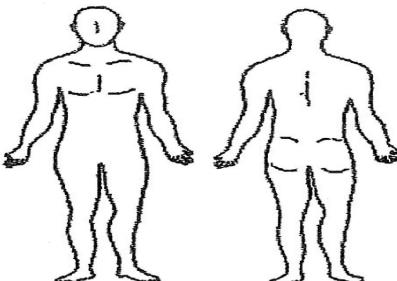


郵便番号	〒	電話（携帯）
住所		電話（自宅）
ふりがな	生年月日	
氏名	S・H・R	年　月　日（　　）才
ご職業・学年		立ち仕事・座り仕事・PC作業・運転
趣味・スポーツ		具体的に（　　）
当院を知ったのは？	ホームページ・ご紹介（ご紹介者名：　　）	
治療を受けたい場所に ○を付けて下さい。 (特に辛いところは◎)		頭・目・首・肩 腕・肘・手・指 背中・腰・お尻 股・脚・膝・顎 その他（　　）
症状としては? (レを入れてください)	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> コリ <input type="checkbox"/> 重さ（頭・腰） <input type="checkbox"/> 自律神経の乱れ <input type="checkbox"/> 歪み <input type="checkbox"/> 眼精疲労 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 逆子 その他（　　）	
その症状が「最も強く なる」のは？		
いつからですか？	（　／　）に・（　　）週前・（　　）ヶ月前・数年前から	
他院を受診しましたか？ どんな診断説明ですか？	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> その他 診断説明（　　）	

健康保険使用には2週間以内の「何日に何をして痛めた」原因の記載が必要です。

原因は？	<input type="checkbox"/> 物を持って <input type="checkbox"/> 作業中 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> ストレス その他（　　）
------	--

今回の症状は初めて？	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> （　　）回目 <input type="checkbox"/> 慢性
プログラムを組んで 通院できますか？	<input type="checkbox"/> はい（毎回1000円割引券が適用されます） <input type="checkbox"/> いいえ
加えて欲しい治療は？	<input type="checkbox"/> メノ・セラピー（自律神経調整治療） <input type="checkbox"/> ヘッド＆アイ整体 <input type="checkbox"/> 全身指圧 <input type="checkbox"/> 骨盤矯正 <input type="checkbox"/> 頸椎矯正 <input type="checkbox"/> 美容鍼＆美顔整体
何か希望がある方は どうぞお書き下さい	

当院から割引券等を送る場合があります。送られて困る方はレを入れて下さい□

